

# Obesidad extrema y dolor abdominal

<sup>1</sup>Gentile Lorente J, <sup>2</sup>Gentile Lorente D

<sup>1</sup>Área Básica de Salud Tortosa Oeste

<sup>2</sup>Hospital Verge de la Cinta  
Tortosa (Tarragona)

Mujer de 44 años de edad, con antecedentes destacables de obesidad extrema (grado 4: índice de masa corporal 64 kg/m<sup>2</sup>), diabetes mellitus e hipotiroidismo.

Consulta en Urgencias por dolor cólico lumbar izquierdo irradiado al flanco izquierdo, que empeora con el decúbito y se asocia a tenesmo vesical.

Durante la exploración física, además de su obesidad, destaca la palpación de una gran masa abdominal que se extiende desde el epigastrio al hipogastrio.

La analítica no muestra anomalías significativas.

En la radiografía de tórax se observa una importante elevación del hemidiafragma derecho (figura 1).

En la radiografía simple de abdomen se observa una imagen generalizada y homogénea, de densidad agua, que desdibuja las estructuras abdominales, junto con un rechazo de las asas intestinales hacia la periferia (figura 2).

Con diagnóstico de cólico nefrítico y masa abdominal a estudiar, se realiza una ecografía abdominal, que confirma la existencia de una gran tumoración quística unilocular, de contenido líquido anecoico y con imágenes papilares en su interior (figura 3). Ocupa gran parte de la cavidad abdomino-pélvica, lo que lleva a la sospecha

Figura 2. Densidad agua en la cavidad abdominal y gas intestinal en la periferia (flecha)



diagnóstica de tumor anexial gigante benigno o limítrofe. Ambos riñones y la vía urinaria no muestran alteraciones significativas.

Una ecografía transvaginal determina que el quiste anexial es de 29 x 23 x 29 cm y depende del anejo izquierdo.

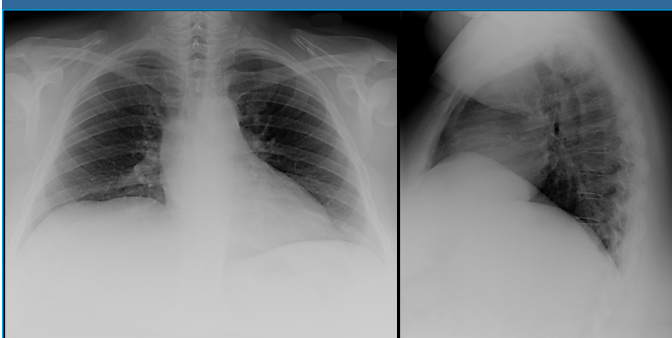
Los marcadores tumorales CA 19.9, CEA y AFP presentan cifras normales; no así el CA 125 (72).

Para completar el estudio, se indica la realización de una TAC, que no pudo llevarse a cabo por la obesidad extrema de la paciente.

Se indica entonces efectuar una laparoscopia, que resulta fallida por el mismo motivo.

Finalmente se efectúa una laparotomía programada, en la que se procede al vaciamiento y exéresis de un tumor gigante dependiente del ovario izquierdo, al que se une por un pedículo de 5,5 cm. Tiene adherida la trompa de Falopio izquierda. Macroscópicamente presenta una cápsula de

Figura 1. Elevación del hemidiafragma derecho (probablemente por el efecto masa del cistoadenoma seroso abdominal)



superficie lisa y muy vascularizada, con áreas de trombosis y hemorragia y depósitos de fibrina. El interior es unilocular y con material fibrohemático adherido a la pared. El estudio anatomopatológico concluye que se trata de un cistoadenoma seroso de ovario con signos de isquemia.

Tras la intervención, la paciente no ha vuelto a presentar cólicos nefríticos. A posteriori son atribuidos a la compresión extrínseca del uréter izquierdo por el tumor ovárico.

## COMENTARIO

La obesidad constituye una enfermedad crónica, de prevalencia creciente y con categoría de epidemia en los países desarrollados. Representa la segunda causa de muerte prevenible en nuestro país después del tabaco. Además de ser una enfermedad en sí misma, es factor de riesgo de otras muchas patologías, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, las enfermedades del aparato locomotor y diversos cánceres<sup>1</sup>; de forma añadida, los casos de obesidad mórbida o extrema dificultan el diagnóstico y el tratamiento de algunas de estas patologías, con las consiguientes consecuencias negativas que de ello se derivan<sup>1-3</sup>.

El ovario puede originar tumores histológicamente muy diferentes. Entre los derivados del epitelio superficial se encuentran los serosos; de éstos, el 65 % son benignos, el 15 % limítrofes (ambos se dan en mujeres de 20 a 48 años) y el 25 % son malignos. Afectan generalmente a mujeres mayores.



Figura 3. Ecografía abdominal. Quiste de contenido anecoico con masa papilar adherida a su pared

Los serosos benignos se denominan también cistoadenomas serosos (CAS). Macroscópicamente son tumores quísticos pediculados, de superficie lisa y muy vascularizada, que contienen un líquido claro y no presentan engrosamiento epitelial ni proyecciones papilares. Pueden ser multiloculados y es posible que, al crecer, engloben en su masa a la trompa de Falopio<sup>4</sup>.

Su tamaño es muy variado, desde pequeños a tumores gigantes de hasta 40 cm, que ocupan la cavidad abdominal<sup>5</sup>; no obstante, los CAS gigantes son relativamente raros en la actualidad, debido principalmente a la disponibilidad de pruebas diagnósticas por imagen<sup>4,6</sup>. Un 25 % son bilaterales.

Su diagnóstico en etapas tempranas es difícil, dado que suelen ser asintomáticos y, por su particular localización, crecen libremente en la cavidad abdominal; por ello, a menudo constituyen un hallazgo casual durante una exploración abdominal, un estudio ginecológico, una intervención o una prueba de imagen. Sin embargo, la clínica y el abordaje están principalmente condicionados por el tamaño del tumor. Pueden ocasionar dolor y distensión abdominal progresiva, síntomas gastrointestinales o urinarios por compresión de estructuras adyacentes (vejiga, recto, uréteres) o un cuadro de abdomen agudo (principalmente por torsión del anexo, rotura o hemorragia intraquística).

En la radiografía simple del abdomen el CAS aparece como una masa de densidad agua que opacifica homogéneamente la cavidad pélvica o abdominal. Si el tumor es voluminoso borra las líneas del psoas iliaco y rechaza hacia la periferia las asas intestinales (gas intestinal en la periferia).

En la ecografía aparece como una masa quística abdominal. Se plantea el diagnóstico diferencial principalmente con otros tumores ováricos (principalmente el cistoadenocarcinoma), los quistes mesentéricos, el quiste hidatídico, la vejiga de retención urinaria y el quiste de uraco.

La ecografía transvaginal y la TAC y la RMN abdómino-pélvicas puede confirmar el diagnóstico y completar el estudio de extensión. En caso de duda, la laparoscopia o la laparotomía exploradora puede permitir el diagnóstico e incluso su tratamiento quirúrgico.

El caso presentado es un ejemplo de cómo la obesidad mórbida o extrema puede acarrear

dificultad para el diagnóstico y también para el tratamiento de las enfermedades asociadas, dificultad que, en el caso de los tumores benignos y malignos del tracto genital femenino, se añade a la que por sí mismos ya presentan para su diagnóstico precoz, dada su capacidad de libre crecimiento en la cavidad abdominal.

## BIBLIOGRAFIA

1. Haslam DW, James WP. Obesity. *Lancet* 2005;366:1197-209.
2. Gale A, Cobb TJ, Norelli RA, LeMaire W. Increasing abdominal girth: The importance of clinical examination. *NZFP* 2006;33:250-2.
3. Gilabert J, Castelló JM, Mañes JJ, Baquero R, Romeu A. Tumoración anexial gigante en paciente con obesidad mórbida: abordaje multidisciplinario. *Prog Obstet Ginecol* 2011;54:180-3.
4. Corrales Y. Quiste de ovario gigante. Presentación de un caso. *MediSur* 2012;10:37-42.
5. Fernández V, Acuña F, Recuay P, Arce K, García N, Martina M. Cistoadenoma seroso gigante. *Ginecol Obstet* 2003;49:63-6.
6. Ueda S, Yamada Y, Tsuji Y, Kawaguchi R, Haruta S, Shigetomi H, Kanayama S, Yoshida S, Sakata M, Sado T, Kitanaka K, Kobayashi H. Giant abdominal tumor of the ovary. *J Obstet Gynaecol Res* 2008;34:108-11.